（様式17）

平成　　年　　月分　　# 就労継続支援提供実績記録票

受給者証番　号		支給決定障害者氏名		事業所番号	
契約支給量				事業者及びその事業所	

日付	曜日	サービス提供実績						利用者確認印	備考
		サービス提供の状況	開始時間	終了時間	訪問支援特別加算 時間数	食事提供加算	施設外支援		
合計					回	回	施設外支援	当月 日 / 累計 日/180日	

初期加算	利用開始日	年　月　日	30日目	年　月　日	当月算定日数	日

	枚中		枚